

Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ?

Référence :

voir l'item I - 2 - Q 18,
traité dans notre numéro
du 30 avril 2007

(Rev Prat 2007;57[8]:905-12)

Seuls des éléments
de réponse aux questions,
fournis par l'auteur,
vous sont communiqués.
Cependant, selon les
recommandations du CNCI,
vos réponses devront être
« rédigées » en faisant
des phrases
et des paragraphes.

● Mme P, groupe sanguin O Rhésus négatif, 3^e geste, 2^e pare (2 enfants en 2000 et 2005, 1 IVG en 2006) consulte le 11 janvier 2007 pour algies pelviennes et métrorragies minimales depuis une semaine. Date des dernières règles : le 28 novembre 2006. Elle est sous Microval depuis 2 ans. Votre examen clinique met en évidence une sensibilité de la FID et un saignement minime d'origine endo-utérine au spéculum. Le TV met en évidence un cul-de-sac vaginal droit sensible. Pouls à 80 batt/min. TA à 12/7. T à 37,2 °C.

■ QUESTION N° 1

Quel est le diagnostic le plus probable ? Quels sont les autres diagnostics à évoquer de principe ?

■ QUESTION N° 2

Quels sont les principaux facteurs de risque de cette pathologie ?

■ QUESTION N° 3

Quels examens complémentaires non invasifs réalisez-vous ?

● L'échographie met en évidence une image centro-utérine, anéchogène, régulière, de 3 mm, sans image embryonnaire, sans contours hyperéchogènes.

■ QUESTION N° 4

Remettez-vous en question votre diagnostic initial ? Donnez 3 interprétations possibles au sujet de cette image.

● L'échographie retrouve par ailleurs une fine lame d'épanchement du cul-de-sac de Douglas ainsi qu'une image latéro-utérine droite, hétérogène, de 32 mm de diamètre. Les ovaires sont normaux. Vous recevez le résultat de bêta-hCG quantitatif : 2 540 UI/L. Vous optez pour un traitement médical.

■ QUESTION N° 5

Quelles sont les contre-indications au traitement médical pour cette pathologie ? Quel bilan préthérapeutique réalisez-vous ?

■ QUESTION N° 6

Décrivez votre traitement (nom du médicament, posologie, mode d'administration). Quelle surveillance allez-vous programmer ?

● Vous réalisez un dosage de bêta-hCG au 3^e jour du traitement. Celui-ci est chiffré à 3 100.

■ QUESTION N° 7

Allez-vous modifier votre attitude thérapeutique ?

● Au septième jour, le taux de bêta-hCG est à 5 500. La patiente se plaint d'une violente douleur abdominale localisée en FID, apparue brutalement 4 heures auparavant.

■ QUESTION N° 8

Que suspectez-vous ? Quelle est votre conduite à tenir ?

Éléments de réponse

■ RÉPONSE N° 1

Grossesse extra-utérine droite non rompue.

À évoquer :

avortement spontané, grossesse molaire, grossesse intra-utérine hémorragique, torsion d'annexe droite, torsion d'un fibrome pédiculé, salpingite droite, pyélonéphrite droite, colique néphrétique droite, appendicite aiguë.

■ RÉPONSE N° 2

- Antécédent de GEU (OR = 10)
- Tabagisme (OR = 5)
- Antécédent de salpingite (OR = 3,5)
- Antécédent de chirurgie tubaire (OR = 3,5)
- Âge de plus de 40 ans (OR = 3)
- Antécédents d'avortement spontané, d'IVG
- DIU (prévient 99,5% des GIU et 95% des GEU)
- Microprogestatifs
- Infertilité antérieure et procréation médicalement assistée
- Malformation utérine, tubaire, diéthylstilbestrol syndrome
- Endométriose

■ RÉPONSE N° 3

- β -HCG plasmatique quantitatif
- Hémogramme, CRP
- Groupe sanguin ABO et phénotype rhésus, RAI, TP, TCA
- BU + ECBU
- Échographie pelvienne endovaginale

■ RÉPONSE N° 4

Interprétations possibles :

- pseudo-sac satellite de GEU (œdème de caduque) ;
- œuf clair ;
- GIU précoce, débutant, sans embryon (< 5 SA).

■ RÉPONSE N° 5

- Hémodynamique instable (hémopéritoine > 300 cc, hémorragie active, rupture tubaire)
- Bêta-hCG > 5 000
- Hématosalpinx > 4 cm
- Activité cardiaque présente
- Contre-indication médicale au MTX (leucopénie, thrombopénie, insuffisance hépatique, insuffisance rénale, trouble de coagulation)
- Mauvaise observance de la patiente (surveillance difficile)

Bilan préthérapeutique :

- bêta-hCG plasmatique quantitatif ;
- NFS, plaquettes ;

- TP, TCA ;
- Gp, Rh, RAI ;
- iono, urée, créatinine ;
- ASAT, ALAT ;
- échographie pelvienne endovaginale.

■ RÉPONSE N° 6

- Traitement ambulatoire
- Méthotrexate 1 mg/kg en IM (dose unique) ou injection in situ échoguidée par voie vaginale ou abdominale
- Schéma thérapeutique à doses multiples J0, J2, J4, J6 + supplémentation acide folique
- Gammaglobuline anti-D (Rhophylac), 1 injection de 200 µg en IV

Surveillance :

- efficacité traitement : clinique (douleur, TA, FC, métorragies) ; biologique : bêta-hCG à J3, J6 ;
- échographie pelvienne ;
- tolérance traitement : effets indésirables MTX ; clinique : stomatite, colite ; biologique : leucopénie, thrombopénie, cytolyse hépatique.

■ RÉPONSE N° 7

Non, car il existe une ascension du taux de bêta-hCG dans les premiers jours du traitement due à la lyse embryonnaire.

■ RÉPONSE N° 8

Échec du traitement médical. Rupture tubaire sur GEU droite avec hémopéritoine.

Conduite à tenir :

- hospitalisation en urgence ;
- prévenir l'anesthésiste ;
- pose en 2 VVP de gros calibre ;
- bilan préopératoire ne retardant pas la chirurgie ;
- commande de sang isogroupe isorhésus ;
- correction de trouble hémodynamique : transfusion de macromolécules si besoin ;
- laparotomie ou cœlioscopie en urgence ;
- exploration abdomino-pelvienne ;
- salpingectomie ou salpingotomie droite avec aspiration GEU ;
- toilette pelvienne ;
- examen anatomopathologique de la pièce.

Remerciements

D^r Rajeev Ramanah,
D^r Didier Riethmuller

Service de gynéco-
obstétrique,
centre hospitalier
universitaire
Saint-Jacques,
25000 Besançon, France